



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین  
دانشکده علوم پزشکی شهید بابایی

پایان نامه جهت اخذ درجه دکترای تخصصی زنان و زایمان

**عنوان:**

**اثر دگزامتازون وریدی بر آماده سازی سرویکس و القاء زایمان**

**استاد راهنما:**

**سرکار خانم دکتر فاطمه لالوها**

**استاد مشاور:**

**سرکار خانم دکتر آمنه باریکانی**

**نگارش:**

**نگین محبوب آسیابر**

سال تحصیلی ۱۳۹۱ - ۱۳۹۲

شماره پایان نامه: ۳۳۲

سورة الاخلاص

تقدیم به مادر عزیزم که عشق بی پایانش تصلای وجودم بود

تقدیم به سرکار خانم زهرا اصفهانی که محبت و عشق مادرانه را بر من تمام کردند

تقدیم به همسر مهربانم امیر

به جرات اگر گرمای محبت بی پایانت نبود این راه سخت به پایان نمی رسید

با تشکر از زحمات استاد ارجمندم سرکار خانم دکتر لالوها که تجربیاتشان رادلسوزانه در اختیار من

گذاشتند

## چکیده

زمینه: یکی از روش‌های مطرح شده جهت تقویت و تسریع در روند لیبر استفاده از کورتیکو استروئیدها می‌باشد.

در مطالعات متعدد نقش کورتیکواستروئیدها (به دنبال شناسایی ریسپتورهای گلوکو کورتیکوئیدی در آمینون انسان) در شروع لیبر مطرح می‌باشد.

هدف: تعیین اثر دگزامتازون وریدی بر آماده‌سازی سرویکس و القاء زایمان

روش مطالعه: مطالعه حاضر یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور بوده که بر روی ۱۷۲ خانم در دو گروه ۸۶ نفری مورد و شاهد انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل پرمی پار بودن، سن حاملگی  $\leq 40$  هفته و با  $\text{Bishop score} \leq 4$  بود.

معیارهای خروج از مطالعه شامل: دیابت پره اکلامپسی دوقلویی LP، Rom، بریچ و بیماری‌های زمینه‌ای مادر بود. ابتدا B.S بیماران توسط مجری طرح‌تعیین و به بیماران بصورت یک در میان Amg دگزامتازون یا آب مقطر وریدی تزریق شد.

۴ ساعت پس از تزریق مجدداً B.S توسط همان فرد تعیین و هر دو گروه تحت القاء زایمان با اکسی‌توسین قرار گرفتند. اطلاعات بیماران در چک‌لیست‌های A و B جمع‌آوری شد.

بیماران از نظر B.S زمان شروع اینداکشن میانگین فاصله زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال زایمان و شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمانی مورد مقایسه قرار گرفتند. آنگار دقیقه اول و پنجم تولد در نوزادان هر دو گروه مقایسه شد.

داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-16 وارد کامپیوتر شده و فراوانی و میانگین و انحراف معیار محاسبه و

تحلیل نتایج با به کارگیری آزمون‌های Student – T Test و Chi2 با  $p < 0.05$  انجام شود.

**یافته‌ها و نتایج:** در مطالعه حاضر بیماران دو گروه از نظر سن مادر سن حاملگی و B.S بدو ورود

اختلاف ارزشمند آماری نداشتند. میانگین B.S ۴ ساعت پس از تزریق در گروه مورد  $5/9 \pm 1/28$  و

در گروه شاهد  $4/6 \pm 1/28$  ساعت بود  $p < 0.001$  که از نظر آماری معنی‌دار بود. میانگین فاصله

زمانی بین القاء زایمان تا شروع فاز فعال در گروه دریافت کننده دگزامتازون به طور معنی‌داری

کمتر از گروه کنترل بود. ( $2/87 \pm 0/93$  ساعت در برابر  $3/80 \pm 0/93$  ساعت  $p < 0.001$ )

میانگین طول مدت فاز فعال تا مرحله دوم زایمان در گروه مورد  $3/47 \pm 1/10$  و در گروه شاهد

$3/6 \pm 0/99$ ،  $p < 0.49$  اختلاف معنی‌داری نداشت.

آپگار دقیقه اول و پنجم تولد نوزادان هر دو گروه تفاوت معنی‌دار آماری نداشت.

**نتیجه‌گیری:** دگزامتازون وریدی با بهبود Bishop score سرویکس باعث نرم شدن سرویکس شده

و فاصله زمانی بین اینداکشن تا شروع فاز فعال زایمان را کوتاه می‌کند.

**کلید واژه‌ها:** ۱- دگزامتازون ۲- القای زایمان ۳- مدت زمان زایمان

## فهرست مطالب

چکیده

### فصل اول

۱-۱: مقدمه

۱-۲: بیان مسأله

۱-۲-۱: جدول دیلاتاسیون و نزول

۱-۳: اهداف پژوهش

۱-۴: اهداف فرعی

۱-۵: اهداف کاربردی

۱-۶: فرضیات تحقیق

### فصل دوم (مروری بر متون)

### فصل سوم (مواد و روش‌ها)

۳-۱: جدول متغیرها

۳-۲: دگزامتازون

۳-۳: Bishop Score

۳-۴: فاز فعال زایمان

۳-۵: Active Phase

۳-۶: نوع مطالعه

۳-۷: جمعیت مطالعه



۳-۸: ابزار به کارگیری

۳-۹: روش اجرای طرح

۳-۱۰: مشکلات و محدودیت‌ها

## فصل چهارم (نتایج و یافته‌ها)

جدول ۴-۱ و نمودار ۴-۱

جدول ۴-۲ و نمودار ۴-۲

جدول ۴-۳ و نمودار ۴-۳

جدول ۴-۴ و نمودار ۴-۴

جدول ۴-۵ و نمودار ۴-۵

جدول ۴-۶ و نمودار ۴-۶

جدول ۴-۷ و نمودار ۴-۷

جدول ۴-۸ و نمودار ۴-۸

جدول ۴-۹ و نمودار ۴-۹

## فصل پنجم (نتیجه‌گیری)

## فصل ششم (فهرست منابع)

پیوست‌ها

چکیده انگلیسی

# فصل اول

## مقدمه

## ۱-۱: مقدمه پژوهش

یکی از روش‌های مطرح شده جهت تقویت و تسریع روند لیبر (القاء لیبر) استفاده از کورتیکو استروئیدها می‌باشد که این استفاده در فرایند لیبر به خوبی شناخته نشده است. مطالعات حیوانی متعدد اهمیت ترشح کورتیزول توسط غدد آدرنال جنین گوسفند و سایر حیوانات را در شروع لیبر نشان داده‌اند. همچنین دیده شده است که انفوزیون گلوکو کورتیکوئیدها به جنین گوسفند سبب القاء زایمان زودرس شده است. این مطالعات زمینه‌ساز مطرح کردن نقش کورتیکواستروئیدها در تسریع القاء لیبر در زنان شده‌اند.

فرضیات مختلفی برای روش اثر کورتیکواستروئیدها مطرح شده است که هم اثر پاراکرین هم اثر اتوکرین (به دنبال شناسایی رسپتورهای گلوکو کورتیکوئیدها در آمینون انسان) را شامل می‌شوند. کورتیکواستروئیدها در مطالعات به شیوه‌های مختلف اکستراآمینوتیک و داخل وریدی به کار رفته و در هر دو نوع در برخی مطالعات مؤثر بوده است. برای مثال Gad Barkai و همکارانش (۳) با استفاده از دگزامتازون اکستراآمینوتیک توسط کاتتر فولی نشان دادند که زمان ورود به فاز لیبر فعال کوتاه‌تر از گروه کنترل می‌شود.

( $p < 0.03$ ,  $7/8 \pm 3/1$  ساعت در برابر  $9/9 \pm 3/9$  ساعت)

دکتر ضیایی و همکارانش (۴) با تزریق دو دوز دگزامتازون  $10\text{mg}$  عضلانی به فاصله ۱۲ ساعت و القاء لیبر در روز بعد دریافتند که زمان ورود به فاز فعال در گروه زنان مورد کمتر از زنان کنترل بوده است.

( $p < 0.0001$ ,  $1/7 \pm 1/5$  ساعت مقابل  $4 \pm 1/7$  ساعت)

دکتر کاشانیان و همکارانش (۵) با استفاده از دگزامتازون عضلانی ۶ ساعت قبل از اینداکشن نشان دادند میانگین فاصله زمان القاء زایمان تا شروع فاز فعال کوتاه‌تر از گروه کنترل بود.

( $p < 0.001$ ,  $3/0.9 \pm 1/5$  ساعت در برابر  $4/2 \pm 1/8$  ساعت)

در این مطالعه ما نقش دگزامتازون داخل وریدی را در روند لیبر، مدت القاء لیبر تا شروع فاز فعال و طول مدت فاز فعال را بررسی می‌کنیم و همچنین آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان متولد شده از هر دو گروه مورد و شاهد مقایسه می‌شوند.

در صورتی که این مطالعه نتایج مطلوبی داشته باشد و تأکید کند که دگزامتازون وریدی در تسریع روند لیبر و کوتاه‌تر کردن فاصله اینداکشن تا فاز فعال زایمان مؤثر است می‌توان با انجام مطالعاتی با حجم نمونه بیشتر و کسب نتایج قطعی‌تر استفاده از این روش را به صورت روتین توصیه نمود.

## ۲-۱: بیان مسئله

### مشخصات لیبر طبیعی

مهم‌ترین مانع در درک سیر لیبر طبیعی تشخیص لحظه شروع آن است  
تعریف دقیق لیبر (انقباضات رحمی که منجر به افاسمان و دیلاتاسیون قابل مشاهده سرویکس می‌شوند) برای تعیین زمان شروع واقعی لیبر کمک چندانی به پزشک نمی‌کند.  
چون تشخیص شروع لیبر صرفاً به صورت گذشته‌نگر قابل تایید است چندین روش برای تعیین زمان شروع لیبر قابل استفاده هستند. (۶)

در روش اول شروع لیبر زمانی در نظر گرفته می‌شود که انقباضات دردناک حالت منظم پیدا می‌کند متأسفانه آن دسته از تحریکات رحمی که سبب ناراحتی شکمی می‌شوند اما نشان‌دهنده لیبر واقعی نیستند ممکن است در هر لحظه‌ای از طول مدت حاملگی رخ بدهند لیبر کاذب اغلب به طور خودبخود متوقف می‌شود اما ممکن است به سرعت به انقباضات موثر تبدیل شود. (۶)

در روش دوم شروع لیبر به صورت زمان پذیرش زن حامله در واحد لیبر تعریف می‌شود در این روش معیارهایی از قبیل وجود انقباضات دردناک رحمی در زمان ترم همراه با هر کدام از این موارد زیر ضروری شماره می‌شود:

۱- پارگی پرده‌ها

۲- نمایش خونی bloody show

۳- افاسمان کامل سرویکس (۶)

در ایالت متحده تصمیم‌گیری پذیرش زنان در واحد لیبر اغلب براساس میزان دیلاتاسیون سرویکس همراه با انقباضات دردناک صورت می‌گیرد اگر هنگام مراجعه زن حامله به بیمارستان پرده‌ها سالم باشند آستانه ۳-۴cm یا بیشتر دیلاتاسیون سرویکس معیاری کاملاً معتبر برای تشخیص لیبر محسوب می‌شود در این مورد شروع لیبر زمانی است که زن حامله در بیمارستان پذیرش می‌شود (۶)

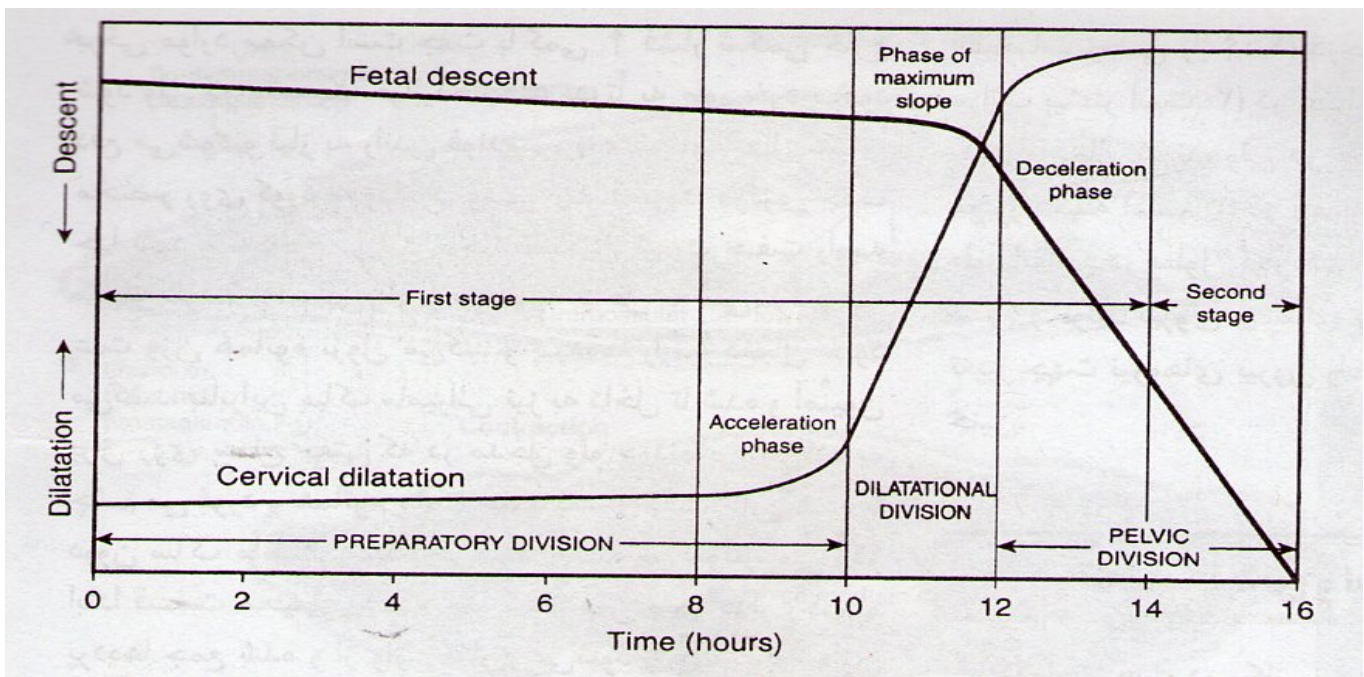
استفاده از این روش فرضی بسیاری از سردرگمی‌های موجود در تشخیص لیبر را در مراحل اولیه دیلاتاسیون سرویکس برطرف می‌کند (۶)

### مرحله اول لیبر

Friedman (۱۹۵۴) با اتکا به یک رویکرد عملی این حوادث را پیش‌بینی کرد او از طریق رسم نمودار منحنی دیلاتاسیون سرویکس برحسب زمان نوعی الگوی مشخص سیگموئیدی را برای لیبر توصیف کرد این رویکرد گرافیکی که برپایه مشاهدات آماری استوار بود نحوه اداره لیبر را دگرگون کرد.

### ۱-۲-۱: جدول دیلاتاسیون و نزول (۶)

دوره لیبر بر اساس تشکیل دیلاتاسیون در منحنی نزول مورد انتظار تقسیم شده است ، در مرحله آمادگی فاز های نهفته در تسریع رسم شده و در بخش بعدی دیلاتاسیون در فاز حداکثر شیب نشان داده شده و در بخش لگنی مرحله کاهش سرعت به مرحله دوم لیبر به تصویر کشیده شده است .



فریدمن نظریه تقسیم لیبر به سه مرحله عملکردی را ارائه کرد تا بتواند اهداف فیزیولوژیک هر مرحله را توصیف کند در طی مرحله آمادگی (preparatory division) سرویکس فقط اندکی دیلاتاسیون پیدا می‌کند اما اجزای بافت همبند سرویکس تغییرات قابل توجهی را نشان می‌دهند sedation و آنالرژی هدایتی قابلیت متوقف کردن این مرحله لیبر را دارند. (۶)

در هر مرحله دیلاتاسیون (dilatation division) دیلاتاسیون سرویکس تداوم پیدا می‌کند و این مرحله تحت تاثیر تسکین بخشی یا آنالرژی هدایتی قرار نمی‌گیرد (۶)

مرحله لگنی (pelvic division) با مرحله افت دیلاتاسیون سرویکس (deceleration phase) آغاز می‌شود.

مکانیسم هارکلاسیک لیبر که شامل حرکات اصلی جنین در نمایش سفالیک هستند (انگازمان- نزول- فلکسیون- چرخش داخلی- اکستانسیون- چرخش خارجی)

اساساً در طی مرحله لگنیرخ می‌دهند با وجود این در عمل تشخیص دقیق شروع مرحله لگنی بندرت امکان‌پذیر است (۶)

الگوی دیلاتاسیون سرویکس در طی مراحل آمادگی و دیلاتاسیون لیبر طبیعی به صورت یک منحنی سیگموئیدی است دو مرحله دیلاتاسیون سرویکس توصیف شده است. مرحله نهفته (latent phase) که منطبق بر مرحله آمادگی است و مرحله فعال (active phase) که منطبق بر مرحله دیلاتاسیون است (۶)

فاز نهفته: شروع فاز نهفته طبق تعریف فریدمن زمانی است که مادر انقباضات منظم را حس می کند  
برای بیشتر خانم ها این فاز در اتساع 3-5cm پایان می یابد پس از این اتساع فاز فعال زایمان قابل  
انتظار است.

طولانی شدن فاز نهفته در نولی پار و مولتی پار به ترتیب ۲۰ ساعت و ۱۴ ساعت تعریف می شود  
عواملی که بر طول مدت فاز نهفته تاثیر می گذارند: تخدیر زیاد یا بیدردی اپیدورال، وضعیت  
نامناسب سرویکس، زایمان کاذب (۶)

### زایمان فعال

پیشرفت زایمان در زن نولی پار اهمیت خاصی دارد چون در دیلاتاسیون 3-5cm شیب منحنی  
سریعاً افزایش می یابد.

در صورت وجود انقباضات رحمی و دیلاتاسیون 3-5cm یا بیشتر آستانه زایمان فعال به طور قابل  
اعتمادی حاصل شده است.

متوسط طول دوره فعال زایمانی در نولی پارها ۴/۹ ساعت است حداکثر طول این دوره ۱۱/۷  
ساعت است.

حداقل دیلاتاسیون سرویکس در فاز فعال زایمان در نولی پارها ۱/۲cm در ساعت و در مولتی  
پارها ۱/۵cm در ساعت می باشد.

در نولی پارها نزول با دیلاتاسیون ۷-۸cm شروع می شود و بعد از آن بیشترین سرعت را می گیرد  
(۶)

اختلالات فاز فعال زایمان کاملاً شایع است (۲۵٪ نولی پارها- ۱۵٪ مولتی پارها) اختلالات فاز  
فعال توسط فریدمن به دو نوع طولانی شدن (protraction) و ایست (arrest) طبقه بندی می شود.



## علل طولانی شدن و ایست فاز فعال

CPD- تخدیر شدید- بی دردی اپیدورال- موقعیت نامناسب جنین مثل op پایدار (۶)

### مرحله دوم زایمان

از زمان کامل شدن دیلاتاسیون سرویکس تا خروج جنین است زمان متوسط در نولی پار و مولتی پار به ترتیب ۲۰ و ۵۰ دقیقه است ولی می‌تواند بسیار متغیر باشد در برخی نولی پارها ۲-۳ پوش کافی است ولی در لگن‌های کوچک یا جنین بزرگ یا اختلال نیروهای کوششی مادر (اپیدورال یا تخدیر شدید) مرحله دوم ممکن است به طور غیرعادی طولانی شود (۶)

### اداره مرحله اول زایمان

بلافاصله بعد از بستری باید معاینات بیمار کامل شود و آزمایشات و پرونده بارداری او بررسی شود. طول این مرحله در نولی پارها ۷ ساعت و مولتی پارها ۴ ساعت است ولی واریاسیون‌های قابل توجهی بین افراد مختلف وجود دارد. (۶)

طول مدت و فواصل و شدت انقباضات و نسبت قلب جنین با آن باید بررسی شود فرکانس سمع قلب جنین در حاملگی‌های های‌ریسک هر ۱۵ دقیقه و در حاملگی‌های کم ریسک ۳۰ دقیقه می‌باشد.

شدت انقباضات رحمی با درجه سختی رحم یا امکان گذاردن اثر فرورفتگی روی رحم مشخص می‌شود.

در صورت سالم بودن پرده‌ها می‌توان آمینوتومی انجام داد تا سیر زایمان سریعتر شود و وجود مکونیوم در آن مشخص شود (۶)

### اداره مرحله دوم زایمان:

در این مرحله ممکن است انقباضات ۱/۵ دقیقه طول بکشد و فاصله بین آنها کمتر از یک دقیقه باشد.

طول این دوره در نولی پارها ۵۰ دقیقه در مولتی پارها ۲۰ دقیقه است.

در صورت درشت بودن جنین و تنگی لگن و اختلال نیروهای شکمی ممکن است مرحله دوم به طور غیرعادی طولانی شود.

مراحل خروج جنین: crowning - خروج سر - خروج شانه‌ها - خروج کامل بدن (۶)

### مرحله سوم زایمان

در این مرحله برای جدا شدن جفت ماساژ رحمی داده نمی‌شود

کشش روی بند ناف قبل از جدا شدن جفت خطرناک است

علائم جدا شدن جفت:

۱- رحم کروی و سفت می‌شود

۲- خروج ناگهانی خون در اغلب موارد

۳- ارتفاع رحم بیشتر می‌شود

۴- بند ناف از واژن بیشتر بیرون می‌آید

این علائم گاهی ظرف یک دقیقه و معمولاً ۵ دقیقه از تولد نوزاد ظاهر می‌شود

پس از خروج جفت باید از جمع بودن رحم و کامل بودن جفت و پرده‌ها اطمینان حاصل شود (۶)

### روند زایمان

طی ۳۶-۳۸ هفته اول بارداری رحم در حالت سکون است و به تحریکات جواب نمی‌دهد پس از این دوره یک فاز موقتی برای تعلیق و عدم حساسیت میومتر و نرم شدن و افسمان دهانه رحم مورد نیاز است.

### فازهای وضع حمل:

فاز صفر: (سکون رحم) میومتر حتی قبل از زمان لانه‌گزینی به حالت سکون فرو می‌رود این فاز ۹۵٪ زمان حاملگی را شامل می‌شود در این فاز رحم در حالت فلج نسبی می‌باشد. کوتاه شدن سرویکس بین هفته ۲۴-۲۸ با شانس زایمان پره ترم همراه است قدری انقباضات رحمی که معمولاً باعث دیلاتاسیون نمی‌شود در فاز سکون رحمی اتفاق می‌افتد که براکستون-هیکس نام دارد.

فاز یک: رحم بیدار می‌شود تغییرات مورفولوژیک و فونکسیونل در میومتر و سرویکس به وجود می‌آید که معمولاً در ۶-۸ هفته آخر حاملگی اتفاق می‌افتد.

تعدیلات دهانه رحم حین فاز یک عمدتاً شامل تغییرات نسج همبند است همراه با آن تهاجم سلول التهابی در حدی که روندی التهابی را شامل می‌شود بوجود می‌آید.

نرم شدن سرویکس به علت ۱- افزایش شکست کلاژن و تغییر نحوه قرارگیری فیبرهای آن و کاهش میزان کلاژن

۲- تغییر در میزان‌های نسبی گلیکوز آمینوگلیکان‌های مختلف بخصوص اسیدهیالورونیک می‌باشد.

### تغییرات میومتر

۱- بیان پروتئین‌های (CAPS)

۲- افزایش قابل توجه گیرنده‌های اکسی توسین

۳- افزایش پروتئین‌های gap junction

۴- تحریک پذیری رحم

۵- افزایش فرکانس و تا حدی درد ناشی از انقباضات

۶- تشکیل سگمان تحتانی و نرم شدن سرویکس

فاز دوم وضع حمل: معادل زایمان فعال است که قبلاً توضیح داده شد

فاز سوم وضع حمل: نفاس

شامل نقاهت مادر از زایمان و اعمال مادر برای بقاء نوزاد و به دست آوردن مجدد قدرت باروری

می‌باشد. (۶)

## آبشارهای درون ریز جنینی منجر به زایمان

شروع روند زایمان از محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال می باشد.

تولیدات استروئیدی غده آدرنال جنین انسان روی جفت و پرده ها تاثیر دارند و میومتر را از حالت سکون به حالت انقباض پذیر تبدیل می کنند.

مکانیسم مشابه در گوسفند هم وجود دارد جفت با تولید مقادیر زیاد CRH می تواند در این مورد نقش داشته باشد

آدرنال جنین تا سه ماهه سوم مقادیر قابل توجهی کورتیزول تولید نمی کند.

طی هفته های آخر حاملگی میزان کورتیزول و DHEA-S جنین افزایش می یابد که منجر به افزایش استروژن های مادری بخصوص استریول می شود CRH جفتی تحت فیدبک منفی کورتیزول نیست CRH در ۱۲ هفته آخر بارداری افزایش می یابد که نقش آن:

۱- تعدیل قابلیت انقباض پذیری رحم

۲- تحریک غشاها برای افزایش ساخت پروستاگلندین

۳- تحریک ساخت استروئیدهای C<sub>19</sub> از آدرنال جنین و افزایش استروژن است این امر نسبت

استروژن به پروژسترون را برهم زده موجب بیان پروتئین های انقباضی می شود.

در واقع افزایش CRH در انتهای حاملگی موید ساعت جفتی - جنینی می باشد. (۶)

## اهداف پژوهش

هدف کلی: تعیین اثر دگزامتازون وریدی در آماده سازی سرویکس و القاء زایمان

### ۴-۱- اهداف فرعی

- ۱- مقایسه B.S در زمان شروع اینداکشن در دو گروه مورد و شاهد
- ۲- تعیین میانگین فاصله زمانی از شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در هر دو گروه
- ۳- تعیین میانگین فاصله زمانی از شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمان در هر دو گروه
- ۴- تعیین آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان در هر دو گروه

### ۵-۱- اهداف کاربردی:

به کارگیری دگزامتازون جهت آماده سازی سرویکس و القاء زایمان و کوتاه نمودن زمان لیبر

### ۶-۱- فرضیات تحقیق

- ۱- B.S بدو ورود در دو گروه شاهد و مورد متفاوت نیست
- ۲- B.S زمان شروع اینداکشن در دو گروه مورد و شاهد متفاوت است
- ۳- میانگین مدت زمان از شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در دو گروه متفاوت است
- ۴- میانگین مدت زمان شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمان در دو گروه متفاوت است
- ۵- آپگار دقیقه اول و پنجم نوزادان در دو گروه متفاوت است

## فصل دوم

### مروری بر متون

## بررسی پیشینه پژوهش

Challis و همکارانش (۲۰۰۱-۲۰۰۰) (۱۲) عنوان کردند همانند گوسفند تولیدات استروئیدی غدد آدرنال جنین انسان بر جفت و پرده‌ها اثر کرده و موجب تغییر حالت میومتر از سکون به انقباض می‌شود.

Parker و همکارانش (۱۹۹۹) (۱۲) عنوان کردند که CRH با منشأ جفت عامل مهمی در افزایش استروژن مادری به ویژه استریول در اواخر بارداری می‌باشد و CRH قادر است که سنتز DHEA-S و کورتیزول غدد آدرنال جنین را تحریک کند که یک آبشار اندوکرین رو به جلو فراهم می‌سازد به نظر می‌رسد کورتیزول به طور غیرمستقیم با تحریک پرده‌ها با افزایش تولید پروستاگلندین‌ها بر میومتر اثر می‌کند همچنین افزایش استروژن حاصله باعث تغییر نسبت استروژن به پروژسترون شده باعث بیان پروتئین‌های انقباض میومتر می‌شود و حالت سکون رحم را از بین می‌برد.

Barkai و همکارانش (۳) به منظور ارزیابی اثر کورتیکو استروئید در روند زایمان در یک مطالعه تصادفی شده به گروه مورد (n=50) ۲۰mg دگزامتازون در محلول سالین و به گروه کنترل (n=48) فقط محلول سالین را از طریق یک کاتترفولی به صورت اکسترا آمینوتیک دادند.

میانگین فاصله زمانی بین القاء زایمان و فاز فعال در گروه مورد به طور معنی‌داری کوتاه‌تر از گروه کنترل بود (۷/۸±۳/۱ ساعت در مقابل ۱۱/۹±۳/۹ ساعت) و همچنین فاصله بین القاء زایمان تا زایمان نیز بسیار کوتاه‌تر بود. (۱۱/۹±۳ ساعت در برابر ۱۴/۵±۴/۸ ساعت)

در مطالعه‌ای که توسط دکتر ضیایی و همکارانش (۲۰۰۳) (۴) صورت گرفت دگزامتازون را ۱۰mg در دو دوز با فاصله ۱۲ ساعت به صورت عضلانی تزریق و روز بعد بیماران با اکسی‌توسین داخل وریدی تحت القاء زایمان قرار گرفتند



میانگین فاصله زمانی بین اینداکشن زایمان و فاز فعال در گروه مورد ( $n=32$ ) به طور قابل توجهی

کوتاه‌تر از گروه کنترل بود ( $4 \pm 1.7$  در مقابل  $1.7 \pm 1.5$  ساعت) ( $P < 0.0001$ )

دکتر کاشانیان و همکارانش (۵) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که میانگین فاصله زمانی بین

القاء زایمان تا شروع فاز فعال و همچنین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه دریافت کننده

دگزامتازون ( $n=60$ ) به طور معنی‌داری کوتاه‌تر از گروه کنترل بوده است در آن مطالعه با استفاده از

دگزامتازون عضلانی ۶ ساعت قبل از اینداکشن نشان داده شد که میانگین فاصله زمان القاء زایمان

تا شروع فاز فعال کوتاه‌تر از گروه کنترل بود ( $3.09 \pm 1.5$  ساعت در برابر  $4.21 \pm 1.8$  ساعت)

$p < 0.001$

اما برخی از مطالعات مروری نتایج متناقضی به دست آورده‌اند.

بسیاری از مطالعات انجام گرفته بر روی حیوانات (اغلب گوسفند) نیز یافته‌های مشابه نتایج این

مطالعه به دست آورده‌اند. اما در مطالعات مروری، نتایج متناقضی در این زمینه به دست آورده‌اند.

برای مثال Kavanagh (۱) و همکارانش در یک بررسی مروری بر روی کارآزمایی بالینی که بر روی

۶۶ زن باردار انجام شده بود اثر دگزامتازون عضلانی همراه با اکسی توسی رابا اکسی توسین تنها

مقایسه کرده مطرح کردند که، کارایی کورتیکواستروئیدها برای القاء زایمان موثر نیست و استفاده

از این روش رایج نشده است و مطالعات بیشتری را طلب می‌کند.

## فصل سوم

### مواد و روش‌ها

جدول ۱-۳: جدول متغیرها

عنوان متغیر	مستقل	وابسته	کمی		کیفی		تعریف علمی	مقیاس	مورد	شاهد
			پیوسته	گسسته	اسمی	رتبه‌ای				
دگزامتازون	+				+		تعریف شماره ۱	mg	+	-
B.S قبل از تزریق		+		+			تعریف شماره ۲	عددی	+	+
B.S در زمان شروع اینداکشن		+		+			تعریف شماره ۲	عددی	+	+
میانگین مدت زمان شروع فاز فعال		+	+				تعریف شماره ۳	ساعت	+	+
مدت زمان فاز فعال تا شروع فاز دوم زایمان		+	+				تعریف شماره ۴	ساعت	+	+
آپگار دقیقه ۱		+		+			تعریف شماره ۵	عددی	+	+
آپگار دقیقه ۵		+		+			تعریف شماره ۵	عددی	+	+
سن مادر	+			+			-	عددی	+	+

### ۳-۲: دگزامتازون

گروه دارویی: کورتیکواستروئید

گروه مصرف در حاملگی c

Inj:8mg

ترزیق ۴ ساعت قبل از شروع اینداکشن

میانگین مدت اثر ۱۸ ساعت

### ۳-۳: Bishop Score

SCORE	دیلاتاسیون	افاسمان	STATION	قوام سرویکس	پوزیشن سرویکس
۰	بسته	۰-۳۰	-۳	FIRM	خلفی
۱	۱-۲	۴۰-۵۰	-۲	MEDIUM	میانی
۲	۳-۴	۶۰-۷۰	-۱	SOFT	قدامی
۳	>۵	>۸۰	+۱ ، +۲	-	-

### ۳-۴: فاز فعال زایمان

در صورت وجود انقباضات رحمی دیلاتاسیون ۳-۵ CM یا بیشتر آستانه زایمان فعال به طور قابل

اعتمادی حاصل شده است.

### ۵-۳: مدت زمان فاز فعال تا شروع فاز دوم زایمان (Active phase)

در صورت انقباضات رحمی مناسب جهت افزایش دیلاتاسیون سرویکس از ۵-۳ CM یا شروع فاز فعال زایمان تا کامل شدن دیلاتاسیون سرویکس می باشد.

### ۶-۳: نوع مطالعه

کارآزمایی بالینی تصادفی شده دوسوکور می باشد.

### ۷-۳: جمعیت مورد مطالعه

خانم های بارداری که جهت ختم بارداری به بخش زایمان بیمارستان کوثر دانشگاه علوم پزشکی قزوین در سال ۱۳۹۱ مراجعه نموده اند جامعه پژوهش ما را تشکیل می دهند که از این گروه ۱۷۲ خانم با معیارهای ورودی: پریمی پاریته،  $GA \leq 40$  هفته با  $Bishop Score \geq 4$  انتخاب شدند.

### معیارهای خروج از مطالعه

دیابت پره اکلامپسی و بیماری های زمینه ای مادر، بریچ، ماکروزومی دوقلوئی، شروع درد زایمان، پارگی خودبخودی کیسه آمینون، عدم همکاری بیماران

### ۸-۳: ابزار به کارگیری

در این پژوهش ما برای گردآوری و ثبت داده ها از چک لیست استفاده نمودیم.

### ۹-۳: روش اجرای طرح

تمام 172 بیمار (از مردادماه سال ۱۳۹۱ تا اسفند ۱۳۹۱) بدو ورود به بخش زایمان توسط مجری طرح معاینه شدند و B.S آنها تعیین شد. سپس به صورت یک در میان به آنها ۸mg دگزامتازون یا آب مقطر وریدی تزریق شد.

دگزامتازون و آب مقطر در سرنگ‌های A و B و با فرم‌های A و B در اختیار مجری طرح گذاشته شد در طول طرح مجری طرح از محتویات سرنگ‌های A و B بی‌اطلاع بود.

۴ ساعت پس از تزریق مجدداً بیماران جهت تعیین B.S معاینه شدند و برای آنها القاء زایمان با اکسی‌توسین انجام شد. اطلاعات بیماران در چک‌لیست‌های A و B ذخیره شد.

در نهایت بیماران از نظر بهبود وضعیت سرویکس میانگین زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال و شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمان واپگار دقیقه اول و پنجم، بررسی شدند.

### ۳-۱۰. روش تحلیل و تجزیه داده‌ها

با استفاده از دو چک‌لیست A و B اطلاعات بیماران جمع‌آوری شد داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-16 وارد کامپیوتر شده فراوانی و میانگین و انحراف معیارها محاسبه و تحلیل نتایج با استفاده از آزمون‌های آماری T-Test و Chi2 با  $p < 0.05$  انجام شد.

$$n = 172 = \frac{\left( \bar{x} - \frac{\alpha}{2} + 1 - \beta \right)^2 + (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$z_1 - \frac{\alpha}{2} = 1.96$$

$$1 - \beta = P o w e r = 80\%$$

براساس مطالعه دکتر کاشانیان و همکارانش (۱۳۸۷) تعیین شده است (۵)

S= انحراف معیار

$\beta$ = توان مطالعه

$\mu$ = میانگین مطالعه

Z= ضریب اطمینان ۹۵٪

### ۱۱-۳: مشکلات و محدودیت‌ها

نحوه انجام مطالعه به صورت کامل برای بیماران توضیح داده شد.

توضیح داده شد در صورت بروز هرگونه مشکل بیمار از مطالعه خارج خواهد شد.

بدنبال آن رضایت‌نامه کتبی در اختیار آنان قرار گرفت بیماران در صورت عدم تمایل در مطالعه

شرکت نمی‌کردند.

توضیح داده شد تجویز دگزامتازون با افزایش احتمال خطر برای بیماران همراه نمی‌باشد و به علت

این‌که اثرات مفید آن اثبات نشده است عدم تجویز آن هم مشکل اخلاقی در پی نخواهد داشت.

این مطالعه با تأیید کمیته اخلاقی دانشگاه شروع و انجام شد علاوه بر آن بیماران در طی انجام

مطالعه متحمل هزینه اضافی نمی‌شدند.



## فصل چهارم

### نتایج و یافته‌ها

در این مطالعه دو گروه زنان نولی پار با  $Bishop\ Score \leq 4$  و سن حاملگی  $\leq 40$  هفته را به طور تصادفی در گروه‌های: گروه مورد (دریافت کننده دگزامتازون ۴ ساعت قبل از القای اینداکشن) و گروه کنترل (تزریق اب مقطر ۴ ساعت قبل از شروع اینداکشن) قرار دادیم.

تعداد کل بیماران شرکت کننده ۱۷۲ نفر شامل ۸۶ نفر مورد و ۸۶ نفر شاهد بود.

۳۱ نفر از ۱۷۲ نفر به علل افت قلب جنین، مکنونیوم، عدم پیشرفت دکلمان و... از مطالعه خارج شدند.

میانگین سزارین در گروه مورد ۱۷ نفر (۹/۹٪) و در گروه شاهد ۱۴ نفر (۸/۱٪) بود که تفاوت

معنی داری را نشان نمی داد.  $P < 0.69$  (جدول ۴-۱)

میانگین سنی گروه مورد  $21/7 \pm 0/67$  سال و گروه شاهد  $22/4 \pm 0/67$  سال می باشد.  $P < 0.28$

تفاوت معنی داری نشان نمی داد. (جدول ۴-۲)

میانگین سن حاملگی در گروه مورد  $2/2 \pm 0/91$  و  $40/1w$  و در گروه شاهد  $2/3 \pm 0/91$  و  $40/2w$

با  $p < 0.14$  از نظر آماری معنی دار نبود. (جدول ۴-۳)

میانگین Bishop Score بدو ورود گروه مورد  $2/95 \pm 0/13$  و در گروه شاهد  $2/82 \pm 0/13$  بود.

$P < 0.37$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد. (جدول ۴-۴)

میانگین Bishop Score قبل از شروع اینداکشن در گروه مورد  $5/9 \pm 1/28$  و در گروه شاهد

$4/6 \pm 1/28$  با  $P < 0.001$  بود که از نظر آماری معنی دار بود. (جدول ۴-۵)

میانگین فاصله زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در گروه مورد  $2/87 \pm 1/57$  ساعت و گروه

شاهد  $3/80 \pm 1/72$  ساعت بود  $P < 0.001$  که از نظر آماری معنی دار بود. (جدول ۴-۶)

میانگین فاصله زمانی بین شروع فاز فعال تا شروع مرحله دوم زایمان (طول مدت فاز زایمان) در

گروه مورد  $3/47 \pm 1/10$  ساعت و در گروه شاهد  $3/6 \pm 0/99$  ساعت بود  $P < 0.39$  که تفاوت

معنی داری نشان نمی داد. (جدول ۴-۷)

میانگین آپگار دقیقه اول نوزادان در گروه مورد  $8/9 \pm 0/39$  و در گروه شاهد  $8/9 \pm 0/39$  بود

$P < 0.98$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد. (جدول ۴-۸)

میانگین آپگار دقیقه پنجم نوزادان در گروه مورد  $9/9 \pm 0/03$  و در گروه شاهد  $9/9 \pm 0/02$  بود

$P < 0.79$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد. (جدول ۴-۹)

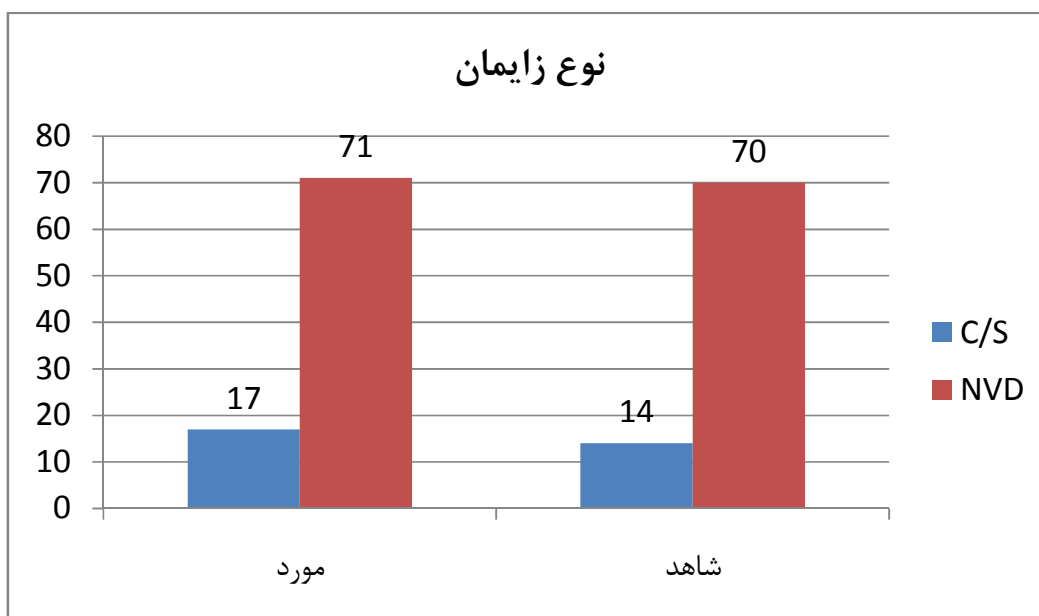
میانگین سزارین در گروه مورد ۱۷ نفر (۹/۹٪) و در گروه شاهد ۱۴ نفر (۸/۱٪) بود که تفاوت

معنی‌داری را نشان نمی‌داد.  $P < 0.69$

جدول ۱-۴: جدول توزیع فراوانی نوع زایمان در دو گروه مورد و شاهد

P value	نوع زایمان		تعداد	گروه
	NVD	C/S		
۰/۶۹	۷۱ (۴۱/۳٪)	۱۷ (۹/۹٪)	۸۶	مورد
	۷۰ (۴۰/۷٪)	۱۴ (۸/۱٪)	۸۶	شاهد
	۱۴۱ (۸۲٪)	۳۱ (۱۸٪)	۱۷۲	جمع

نمودار ۱-۴: توزیع فراوانی نوع زایمان در دو گروه مورد و شاهد



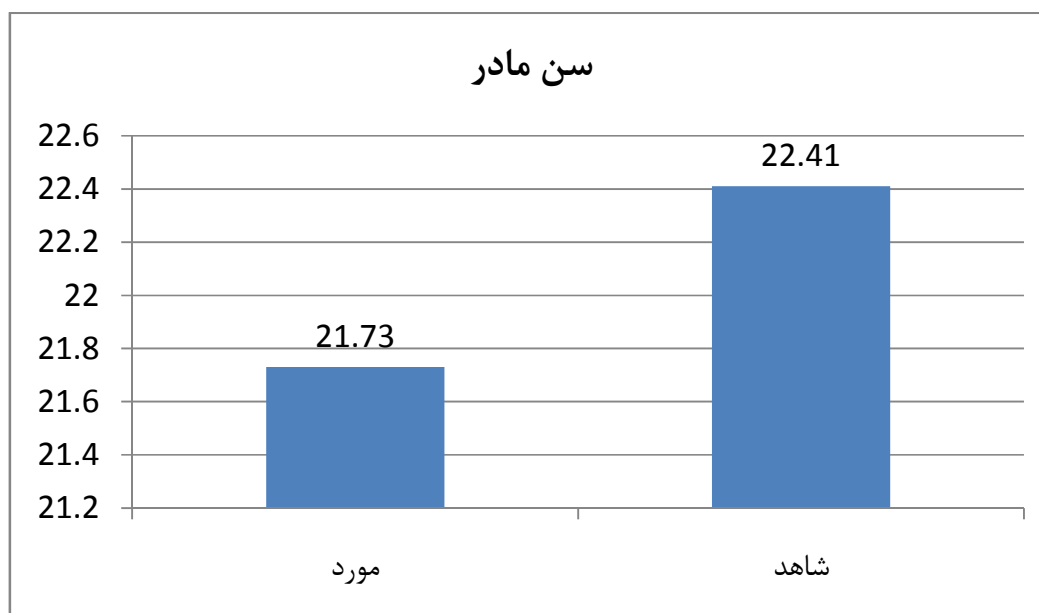
میانگین سنی گروه مورد  $21/7 \pm 0/67$  سال و گروه شاهد  $22/4 \pm 0/67$  سال می باشد.  $P < 0.28$  که

تفاوت معنی داری نشان نمی داد.

جدول ۲-۴: جدول توزیع فراوانی سن مادر در دو گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین سن	انحراف معیار	P value
مورد	۸۶	۲۱/۷۳ سال	۳/۹۹	۰/۲۸
شاهد	۸۶	۲۲/۴۱ سال	۴/۲۲	

نمودار ۲-۴: توزیع فراوانی سن مادر در دو گروه مورد و شاهد



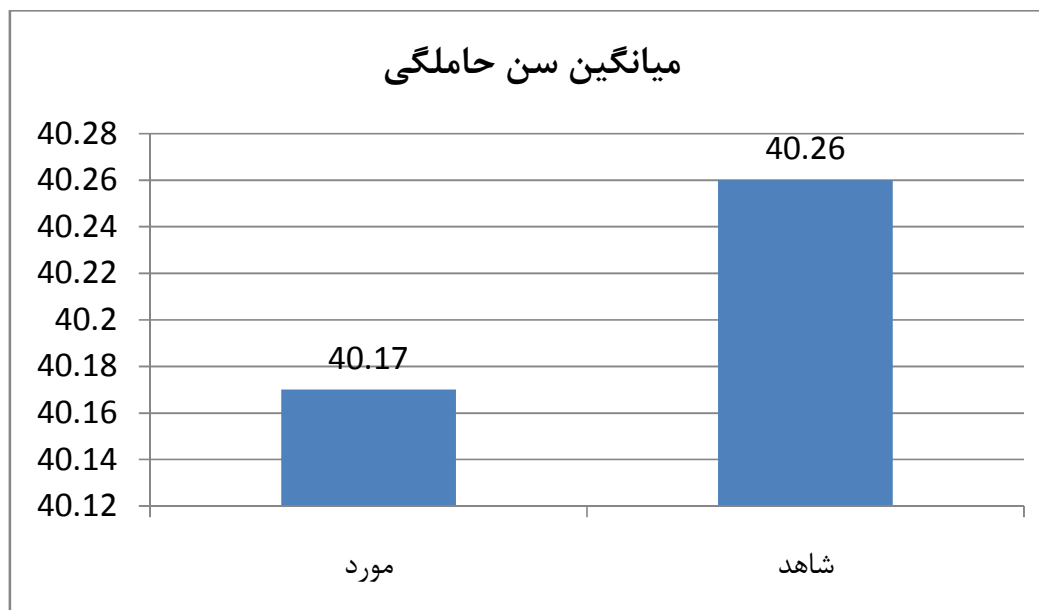
میانگین سن حاملگی در گروه مورد  $40.17 \pm 0.2$  و  $40.1$  w و در گروه شاهد

$40.26 \pm 0.3$  w و  $40.2$  با  $p < 0.014$  از نظر آماری معنی‌دار نبود

جدول ۳-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین سن حاملگی در دو گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین سن حاملگی	انحراف معیار	P value
مورد	۸۶	۴۰/۱۷ هفته	۰/۳۷	۰/۱۴
شاهد	۸۶	۴۰/۲۶ هفته	۰/۴۴	

جدول ۳-۴: توزیع فراوانی میانگین سن حاملگی در دو گروه مورد و شاهد



میانگین Bishop Score بدو ورود گروه مورد  $2/95 \pm 0/13$  و در گروه شاهد  $2/82 \pm 0/13$  بود.

$P < 0/37$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد.

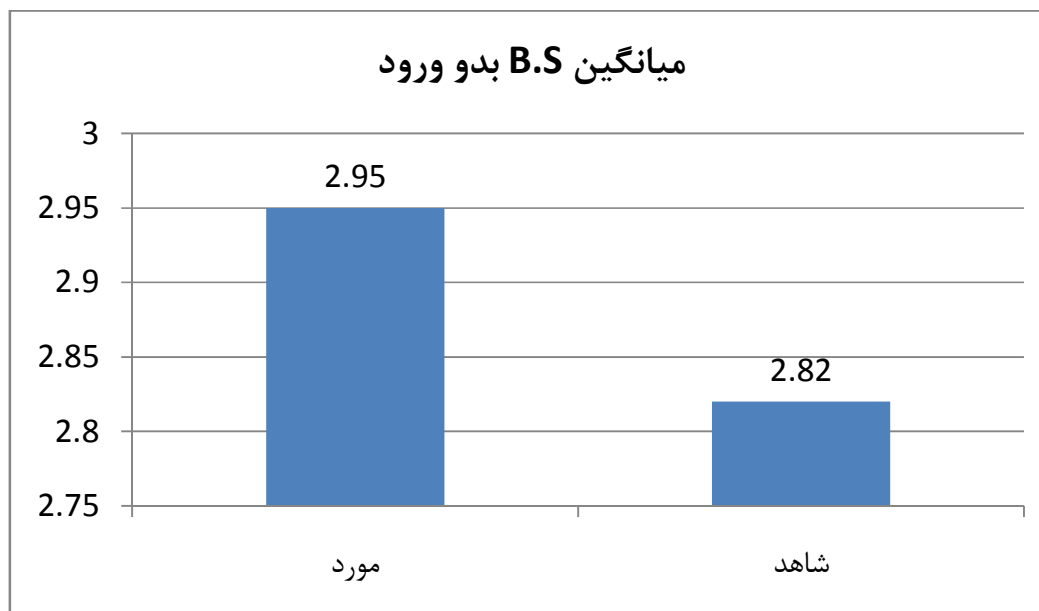
جدول ۴-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین B.S (Bishop Score) بدو ورود در دو گروه مورد

و شاهد

گروه	تعداد	میانگین BS بدو ورود	انحراف معیار	P value
مورد	۸۶	۲/۹۵	۰/۹۸	۰/۳۷
شاهد	۸۶	۲/۸۲	۰/۹۸	

نمودار ۴-۴: توزیع فراوانی میانگین B.S (Bishop Score) بدو ورود در دو گروه مورد و

شاهد

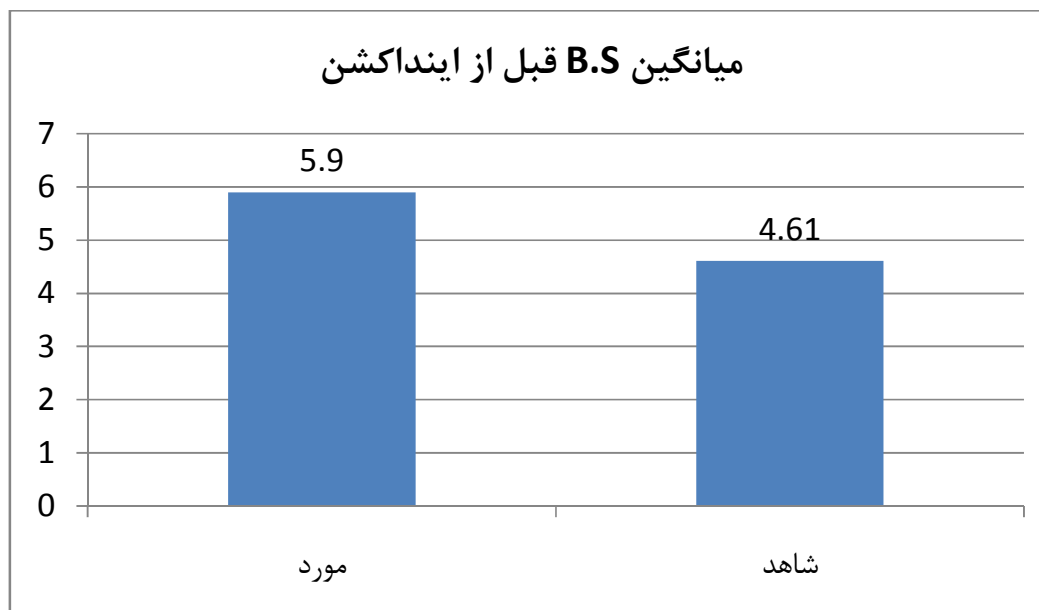


میانگین Bishop Score قبل از شروع اینداکشن در گروه مورد  $5/9 \pm 1/28$  و در گروه شاهد  $4/6 \pm 1/28$  با  $P < 0.001$  بود که از نظر آماری معنی دار بود.

جدول ۵-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین B.S قبل از اینداکشن در دو گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین BS قبل از شروع اینداکشن	انحراف معیار	P value
مورد	۸۶	۵/۹۰	۱/۵۷	۰/۰۰۱
شاهد	۸۶	۴/۶۱	۱/۷۲	

نمودار ۵-۴: توزیع فراوانی میانگین B.S قبل از اینداکشن در دو گروه مورد و شاهد





میانگین فاصله زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در گروه مورد  $2/87 \pm 1/57$  و گروه شاهد  $3/80 \pm 1/72$  ساعت بود  $P < 0.001$  که از نظر آماری معنی‌دار بود.

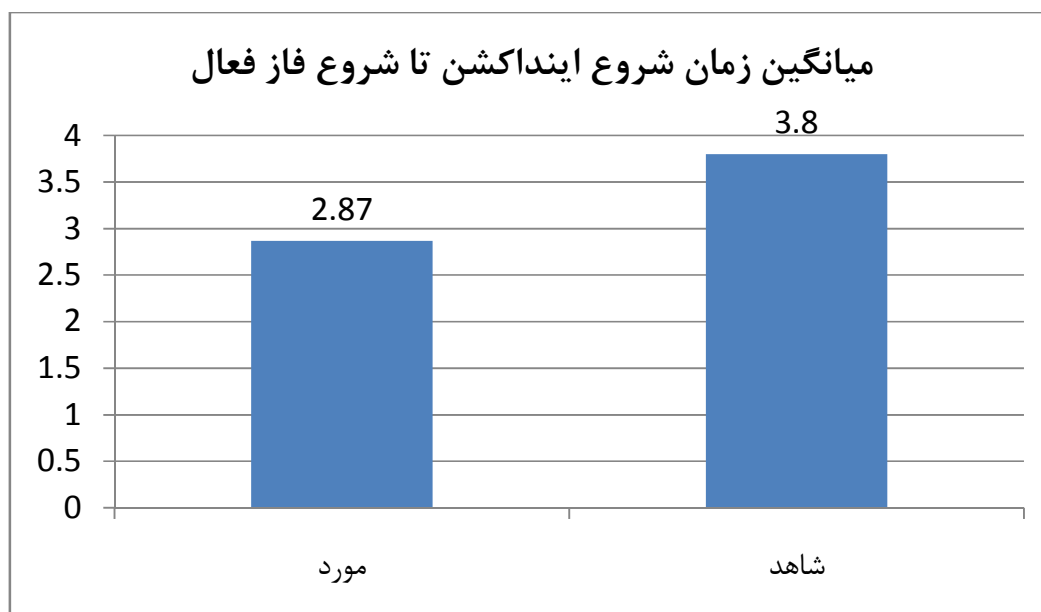
جدول ۶-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین زمان شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در دو

گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین زمانی شروع اینداکشن تا فاز فعال	انحراف معیار	P value
مورد	۸۶	۲/۸۷ ساعت	۱/۵۷	۰/۰۰۱
شاهد	۸۶	۳/۸۰ ساعت	۱/۷۲	

نمودار ۶-۴: توزیع فراوانی میانگین زمان شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در دو گروه مورد

و شاهد



میانگین فاصله زمانی بین شروع فاز فعال تا شروع مرحله دوم زایمان (طول مدت فاز فعال) در گروه مورد  $3/47 \pm 1/10$  و در گروه شاهد  $3/60 \pm 0/99$  ساعت بود  $P < 0.39$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد.

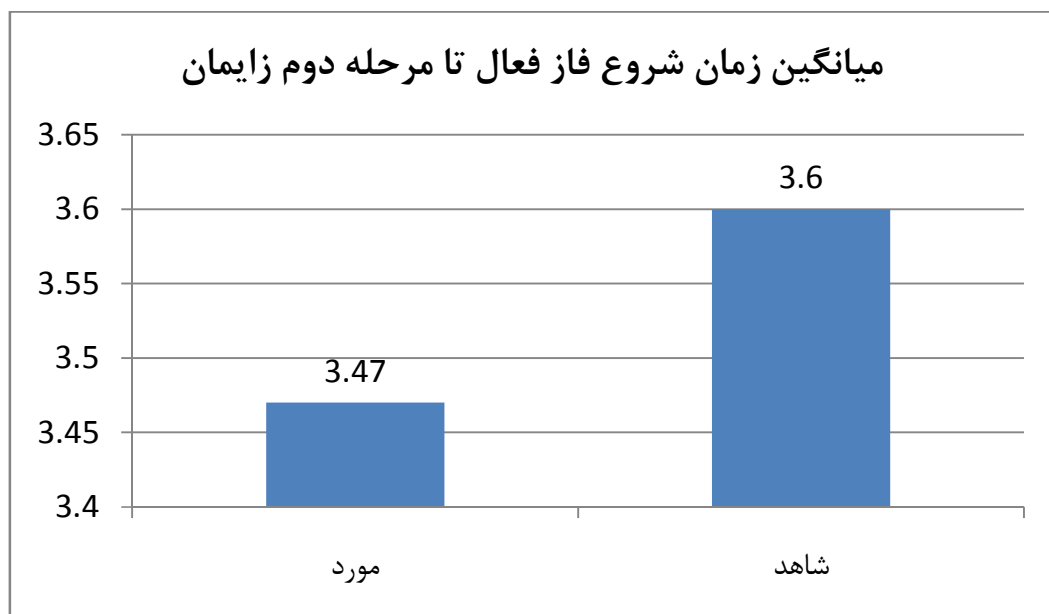
جدول ۷-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین زمان شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمان در دو

گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین زمانی فاز فعال	انحراف معیار	P value
مورد	۶۹	۳/۴۷ ساعت	۱/۱۰	۰/۳۹
شاهد	۷۲	۳/۶۰ ساعت	۰/۹۹	

نمودار ۷-۴: توزیع فراوانی میانگین زمان شروع فاز فعال تا مرحله دوم زایمان در دو گروه

مورد و شاهد



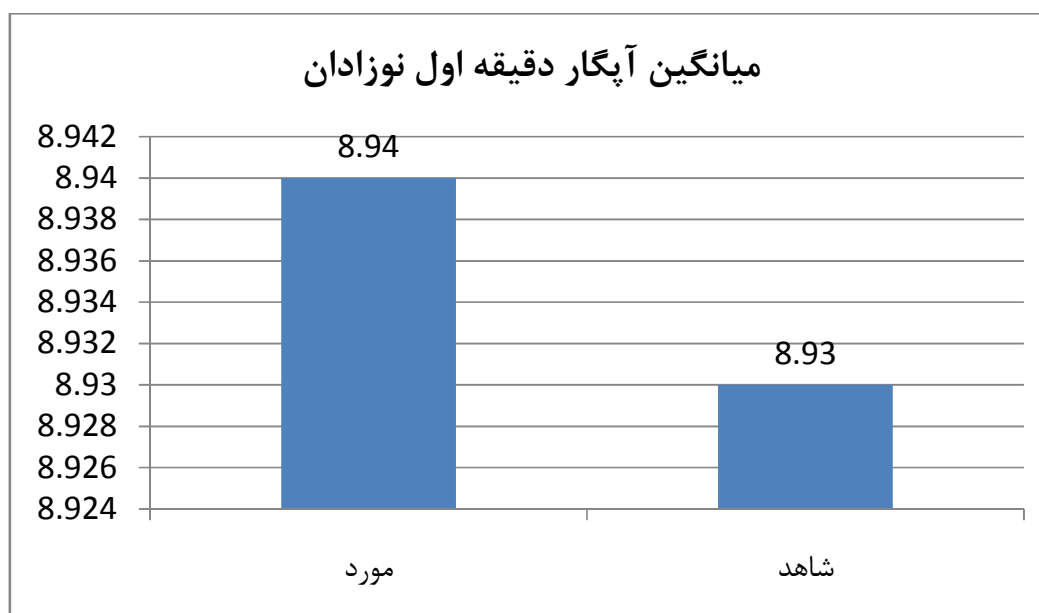
میانگین آپگار دقیقه اول نوزادان در گروه مورد  $8/9 \pm 0/39$  و در گروه شاهد  $8/9 \pm 0/39$  بود

$P < 0.98$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد.

جدول ۸-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین آپگار دقیقه اول نوزادان در دو گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین آپگار دقیقه اول	انحراف معیار	P value
مورد	۶۹	۸/۹۴	۰/۳۹	۰/۹۸
شاهد	۷۲	۸/۹۳	۰/۳۹	

نمودار ۸-۴: توزیع فراوانی میانگین آپگار دقیقه اول نوزادان در دو گروه مورد و شاهد



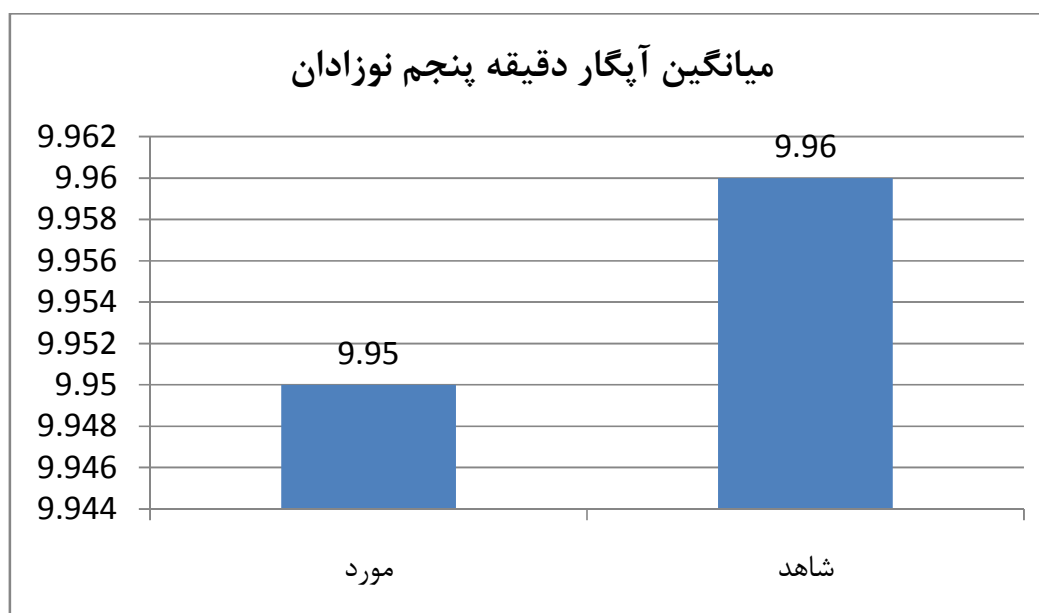
میانگین آپگار دقیقه پنجم نوزادان در گروه مورد  $9/9 \pm 0/03$  و در گروه شاهد  $9/9 \pm 0/02$  بود

$P < 0.79$  که تفاوت معنی داری نشان نمی داد.

جدول ۹-۴: جدول توزیع فراوانی میانگین آپگار دقیقه پنجم نوزادان در دو گروه مورد و شاهد

گروه	تعداد	میانگین آپگار دقیقه پنجم	انحراف معیار	P value
مورد	۶۹	۹/۹۵	۰/۳۰	۰/۷۹
شاهد	۷۲	۹/۹۶	۰/۲۴	

نمودار ۹-۴: توزیع فراوانی میانگین آپگار دقیقه پنجم نوزادان در دو گروه مورد و شاهد



## فصل پنجم

### بحث و نتیجه گیری

## بحث

در این مطالعه مشاهده شد که میانگین Bishop Score زمان شروع اینداکشن به طور معنی داری در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد ( $p<0/001$ ) و میانگین زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در گروه مورد کمتر از گروه کنترل بود. ( $p<0/001$ )

در مطالعه‌ای که توسط دکتر ضیایی و همکارانش (۴) صورت گرفت میانگین فاصله زمانی بین اینداکشن زایمان و فاز فعال در گروه مورد ( $n=32$ ) به طور قابل توجهی کوتاه‌تر از گروه کنترل بود که کوتاه شدن فاز فعال در مطالعه ما با این مطالعه همخوانی دارد ولی تعداد بیماران کمتر بوده است.

البته این محققین دگزامتازون را  $10\text{mg}$  در دو دوز با فاصله ۱۲ ساعت به صورت عضلانی تزریق و روز بعد با اکسی‌توسین داخل وریدی تحت القاء زایمان قرار گرفتند.

دکتر کاشانیان و همکارانش (۵) در مطالعه‌ای به این نتیجه رسیدند که میانگین فاصله زمانی بین القاء زایمان تا شروع فاز فعال و همچنین طول مدت مرحله دوم زایمان در گروه دریافت کننده دگزامتازون ( $n=60$ ) به طور معنی داری کوتاه‌تر از گروه کنترل بوده است.

البته در آن مطالعه تعداد بیماران کمتر بوده و دگزامتازون  $8\text{mg}$  به صورت عضلانی تزریق و ۶ ساعت بعد القاء زایمان با اکسی‌توسین انجام شده است در مطالعه فوق هیچ‌گونه مقایسه بر روی آماده‌سازی سرویکس در دو گروه مورد و شاهد انجام نشده است. نتایج این مطالعه تا حدودی با نتایج مطالعه اخیر هم‌خوانی دارد. (میانگین زمانی شروع اینداکشن تا شروع فاز فعال در گروه مورد در هر دو مطالعه کمتر از گروه کنترل بود)

Barkai و همکارانش (۳) به منظور ارزیابی اثر کورتیکو استروئید در روند زایمان در یک مطالعه تصادفی شده به گروه مورد (n=50) ۲۰mg دگزامتازون در محلول سالین و به گروه کنترل (n=48) فقط محلول سالین را از طریق یک کاتتر فولی به صورت اکسترا آمینوتیک دادند.

میانگین فاصله زمانی بین القاء زایمان و فاز فعال در گروه مورد به طور معنی داری کوتاه تر از گروه کنترل بود (۷/۸±۳/۱ ساعت در مقابل ۱۱/۹±۳/۹ ساعت) و همچنین فاصله بین القاء زایمان تا زایمان نیز بسیار کوتاه تر بود. (۱۱/۹±۳ ساعت در برابر ۱۴/۵±۴/۸ ساعت)

که نتایج این مطالعه نیز با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

بسیاری از مطالعات انجام گرفته بر روی حیوانات (اغلب گوسفند) نیز یافته های مشابه نتایج این مطالعه به دست آورده اند. (۱۲)

اما برخی از مطالعات مروری نتایج متناقضی به دست آورده اند.

بسیاری از مطالعات انجام گرفته بر روی حیوانات (اغلب گوسفند) نیز یافته های مشابه نتایج این مطالعه به دست آورده اند. اما در مطالعات مروری، نتایج متناقضی در این زمینه به دست آورده اند.

برای مثال Kavanagh و همکارانش در یک بررسی مروری بر روی کارآزمایی بالینی که بر روی ۶۶ زن باردار انجام شده بود اثر دگزامتازون عضلانی همراه با اکسی توسی رابا اکسی توسین تنها مقایسه کرده مطرح کردند که، کارایی کورتیکواستروئید ها برای القاء زایمان موثر نیست و استفاده از این روش رایج نشده است و مطالعات بیشتری را طلب می کند. با توجه به یافته های مطالعه ما ثابت شد که بر خلاف مطالعه فوق دگزامتازون برای القاء زایمان موثر و باعث بهبود نرم شدن سرویکس می شود.





## نتیجه گیری

در مجموع با توجه به مطالعات انجام شده و نیز مطالعه حاضر به نظر می‌رسد که تجویز دگزامتازون می‌تواند در بهبود آماده سازی سرویکس و تسریع القاء زایمان نقش داشته باشد و شاید بتوان از آن برای کمک به تسریع روند زایمان و بهبود آمادگی سرویکس استفاده کرد. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه فوق توصیه می‌شود مطالعه در حجم نمونه بیشتری انجام گردد و عوارض نوزاد یا استفاده از دگزامتازون در القاء زایمان و همچنین اثر دگزامتازون در القاء زایمان در بیماران مولتی پار بررسی شود.

## فصل ششم

### فهرست منابع

- 1) Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Corticosteroids for cervical ripening and induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2006 Apr 19 ;(2) : CD003100.
- 2) Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Corticosteroids for induction of labor. Cochrane Database Syst Rev 2001
- 3) Barkai G, Cohen S B, Kees S, Lusky A, Margalit VN, Mashiach S, Sc et al. Induction of labor with use of a fooley catheter and extra-amniotic corticosteroids. Transactions Of The Seventeenth Annual Meeting Of The Society Of Perinatal Obstetricians. Am J Obstet & Gynecol 1997; 177(5):1145-1148.
- 4) Ziaei S, Rosebehani N, Kazeminejad A, Zafarghandi S. The effects of intramuscular administration of corticosteroids on the induction of parturition. J Perinat Med 2003; 31 (2): 134-139.
- 5) M.kashanian, F.mokhtari, M.A.karimi Evaluation of the Effects of Intramuscular Dexamethasone on the Induction and Duration of Labor and its Complications 2007/journals.tums.ac.ir/ at 9:55 IRDT on Sunday July 8th 2012
- 6) Williams obstetrics/23rd edition/2010

## پیوست

## فرم A

نام بیمار : نام خانوادگی : سن :  
شماره پرونده : تاریخ :  
سن حاملگی : گراویدیته : پاریته :

Bishop Score: بدو ورود

دیلاتاسیون: افاسمان :

station: موقعیت سرویکس :

قوام سرویکس :

Bishop Score زمان شروع اینداکشن :

دیلاتاسیون : افاسمان :

station: موقعیت سرویکس :

قوام سرویکس :

طول مدت اینداکشن تا شروع مرحله فعال :

طول مدت شروع مرحله فعال تا تولد جنین :

آبگار دقیقه ۱ نوزاد :

آبگار دقیقه ۵ نوزاد :

## فرم B

نام بیمار : نام خانوادگی : سن :

شماره پرونده : تاریخ :

سن حاملگی : گراویدیته : پاریته :

Bishop Score: بدو ورود

دیلاتاسیون: افاسمان :

station: موقعیت سرویکس :

قوام سرویکس :

Bishop Score زمان شروع اینداکشن :

دیلاتاسیون : افاسمان :

station: موقعیت سرویکس :

قوام سرویکس :

طول مدت اینداکشن تا شروع مرحله فعال :

طول مدت شروع مرحله فعال تا تولد جنین :

آبگار دقیقه ۱ نوزاد :

آبگار دقیقه ۵ نوزاد :



### رضایت نامه

تمامی رضایت نامه ها باید دارای امضاء و اثر انگشت مشخص بیمار مورد مطالعه باشد (در صورتی که بیمار به سن قانونی نرسیده باشد و یا دچار اختلالات ذهنی باشد رضایت نامه باید توسط ولی یا سرپرست قانونی وی تکمیل گردد).

نی	خبر
✓	آیا بر که اطلاعاتی فرد مورد پژوهش را مطالعه و امضاء کرده اید؟
✓	آیا فرصت پرسیدن سوال راجع به این مطالعه و پژوهش یا بحث و تبادل نظر درباره آن را داشته اید؟
✓	آیا برای تمامی سؤالات خود، جواب قانع کننده دریافت کرده اید؟
✓	آیا درباره مطالعه، اطلاعات کافی به شما ارائه شده است؟
✓	مشارکت در این پژوهش کاملاً اختیاری است و هر زمان که بخواهید بدون ارائه دلیل می توانید کرده
	گیری نمایید. آیا از این موضوع اطلاع دارید؟
	نام فردی که در این مورد با او صحبت کرده اید را بنویسید؟ <u>مریم عاشور</u>

بنابراین به اینجانب مریم عاشور رضایت می دهم که به عنوان یک فرد مورد مطالعه در پژوهش تأثیرات بار بار استفاده از اینترنت بر سبب زندگی شرکت نمایم.

ممکن است این تحقیق برای من فایده آتی نداشته باشد ولی احتمالاً برای سایر بیماران و رشد دانش پزشکی موثر خواهد بود.

کلیه اطلاعاتی که از من گرفته می شود و نیز نام من محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج تحقیقات به صورت کلی و در قالب اطلاعات گروه مورد مطالعه منتشر می گردد و نتایج فردی در صورت نیاز بدون ذکر نام و مشخصات فردی عرضه خواهد شد و همچنین برائت پزشک یا پزشکان این طرح را از کلیه اقدامات مذکور در برگه خلاصاتی در صورت عدم تقصیر در ارائه اقدامات اعلام می دارم.

این موافقت مانع از اقدامات قانونی اینجانب در مقابل دانشگاه، بیمارستان، پژوهشگر و کارمندان در صورتی که عملاً خلاف و غیر انسانی انجام شود نخواهد بود. نشانی و تلفنی که می توان با بیمار تماس گرفت:

تاریخ ۹۱/۹/۲۸

امضاء و اثر انگشت فرد مورد پژوهش

امضاء پژوهشگر:



- نسخه اول در محلی مطمئن بایگانی شود تا دستیابی به آن برای کنترل پایشگران با کمیته اخلاق پزشکی آسان شود.
- نسخه دوم آن در اختیار شرکت کننده قرار می گیرد.
- نسخه سوم به پرونده بالینی بیمار ضمیمه گردد.
- 2- اثر انگشت سبابه دست راست و در صورت عدم امکان اخذ آن ، زیر انگشت توضیح داده شود.
- 3- سن قانونی بالای 18 سال می باشد.
- 4- عقب ماندگان ذهنی افرادی هستند که نیاز به قیم و سرپرست دارند.

#### برگ اطلاعات علمی پژوهشی

سرپرست پژوهش : نگین محبوب آسیاب  
موضوع پژوهش : بررسی اثر دگزامتازون وریدی بر  
آماده سازی سرویکس و القاء زایمان

مدت پژوهش : ۹ ماه  
هدف پژوهش : تعیین اثر دگزامتازون وریدی بر  
آماده سازی سرویکس و القاء زایمان

( در صورتی که در هر مورد ، رفرانس وجود دارد ، آن را ذکر نمایید )

\* اقداماتی که برای انجام پژوهش بر روی فرد مورد مطالعه انجام می شود : تزریق ۸ mg دگزامتازون یا آب مقطر هنگام بستری مددجو در اتاق زایمان و پس از ۴ ساعت القاء زایمان با اکسی توسین

\* عوارض جانبی احتمالی : ندارد

\* فوائد احتمالی پژوهش : بهبود وضعیت سرویکس و القاء بهتر زایمان

\* فعالیت هایی که در طول پژوهش باید از آن اجتناب کرد : ندارد

در صورت بروز هرگونه مشکل یا عارضه احتمالی می توانید با مرکز، شخص دکتر نگین محبوب آسیاب تماس بگیرید

تاریخ : 91/9/28

- امضاء و اثر انگشت بیمار : مریم عاشوری





## چکیده انگلیسی

# Evaluation of the Effects of intravenous Dexamethasone on the ripening and Induction of labor

*F. Lalooha MD*

*N MahboobAsiabar MD*

*A. Barikani MD*

## Abstract

**Background and Aim:** One of the proposed ways for enhancement of labor induction is administration of corticosteroids. Study have shown the role of corticosteroids in enhancement of labor process.

**Methods & Patients:** We conducted this randomized clinical trial on 172 nulliparus women with Bishop Score  $\leq 4$  who were candidates for labor induction.

case group (n=86) received 8mg intravenous Dexamethasone 4 hours before induction of labor. Control group received water 4 hours before induction of labor & in both groups started induction with oxytocine.

Expect Result was Bishop Score before induction of labor in both group & initiation of the active phase, that were compared in both groups.

Data collection was accomplished by specific forms and data analysis was done by SPSS-16 software. T- Test and Chi- square test were used for analysis.

**Results:** Patient in both group did not show significant statistical differences in regard to age/ gestational age and initial Bishop Score and time of active phase.

Mean of Bishop Score 4 hours after injection was significantly more in the case group than the controls (5.9 $\pm$ 1.28 Versus 4.6 $\pm$ 1.28).  $p < 0.001$

Mean of time duration between induction and the beginning of active phase of labor was significantly shorter in the case group than the controls group (2.87 $\pm$ 0.93hrs. versus 3.80 $\pm$ 0.93 hrs)  $p < 0.001$

Also neonatal Apgar score of 185 min did not show significant differences between the low groups.

**Conclusion:** Dexamethasone can improve cervix ripening & can reduce the time interval between induction and active phase.

**Keywords:** 1) Dexamethasone 2) labor induction 3) duration of labor